

اعلاميه بازپرداخت كوپن غذايي براي يك تخلف عمدي از برنامه (IPV) ويا تغيير وضعيت از خطاي غير عمدي خانوار (IHE) به IPV

سوالي داريد؟ از مأمور رسيدگي بپرسيد.

تاريخ اعلاميه _____ :
اسم پرونده _____ :
شماره _____ :
اسم مأمور رسيدگي _____ :
شماره _____ :
تلفن _____ :
نشاني _____ :

(ADDRESSEE)

جلسه رسيدگي ايالتي: مي توانيد براي يك جلسه رسيدگي در مورد اين اقدام درخواست كنيد، **مگر اينكه** قبلاً يك جلسه رسيدگي در مورد **دليل** اين توزيع بيش از مقدار مقرر داشته ايد. اگر فكر مي كنيد مقدار Calfresh كه مقروض هستيد نادرست است، مي توانيد براي يك جلسه رسيدگي درخواست كنيد. روش آن در پشت اين برگه آمده است. اگر قبل از اينكه اين اقدام انجام شود براي يك جلسه رسيدگي درخواست كنيد، ممكن است مزايای شما تغيير نكند.

كوپن های غذایی زیادی توزیع شد برای:

خانوار.

خانواری که ضمانت کردید.

دليلش اينست:

قبلاً در مورد اين توزيع بيش از مزايای Calfresh به شما گفته شده و بخشداري به همين خاطر هر ماه كوپن های غذايي كمترى به شما مي داده است. در دادگاه ويا توسط جلسه رسيدگي ايالتي تصميم گرفته شده كه اين يك تخلف عمدي از برنامه (IPV) است و يك موافقت نامه رضاييت سلب صلاحيت ويا يك معافيت از جلسه سلب صلاحيت اداري را امضاء كرده و اكنون اين تخلف يك IPV است. اين اعلاميه حاوي اطلاعاتي است در مورد مقداری كه مقروض هستيد كه ممكن است بيش از مقداری باشد كه قبلاً به شما گفته شد. بخشداري توزيع بيش از مقدار مقرر به ميزان 10% يا \$10 (هركدام بيشتر است) را از سهميه ماهانه شما وصول مي كرده است. بخشداري مي تواند در حال حاضر تا حداكثر 20% ويا \$20 (هركدام بيشتر است) را از سهميه ماهانه شما وصول كند بنابراين مقدار كوپن های غذايي كه دريافت مي كنيد ممكن است تغيير كند.

درآمد كسب شده گزارش نشده حق برخورداری از 20% كسری را ندارد. شما بایستی مزایای Calfresh اضافی را برگردانید. \$ _____ به صورت مزایای Calfresh اضافی برای دوره _____ صادر شد.

خانوار _____ \$ به صورت مزایای Calfresh دریافت کرد.

خانوار بایستی _____ \$ به صورت مزایای Calfresh دریافت می کرد.

_____ \$ (مزایای Calfresh اضافی) مقداری است

که دریافت کردید منهای آنچه بایستی دریافت می کردید.

این مقدار به میزان \$ کاهش پیدا کرد چون ما مزایای خانوار از ماه های گذشته را بدهکار بودیم ويا بازپرداخت بخشی از مبلغ بدهی را دریافت کردیم.

این مقدار به میزان \$ افزایش پیدا کرد چون توزيع بيش از مقدار مقرر شما دوباره محاسبه شده چون اين مبلغ يك IPV شد.

حالا _____ \$ بدهكار هستيد.

مقررات: اين مقررات اطلاق می شوند: MPP 63-801.43, 63-801.23.

می توانيد آنها را در دفتر رفاه مرور كنيد.

• لازم نيست كه از هرگونه مزايای درآمد تأمين تكميلي (SSI: Supplemental Security Income) برای بازپرداخت اين توزيع بيش از مقدار مقرر استفاده كنيد.

• هنگاميكه توزيع بيش از مقدار مقرر رخ داده باشد، جمع آوری از همه بزرگسالان در خانوار انجام می شود.

ببينيد چگونه ما مقدار اضافي دريافتي شما را در برگ كاري ارائه شده همراه اين اعلاميه تخمين مي زنيم.

بایستی یکی از این دوکار را بکنید:

برای مزایای Calfresh به طور کامل پرداخت كنيد ويا فرم موافقت نامه بازپرداخت (DFA 377.7G) الصاقی را پر کرده، امضاء كنيد و برگردانيد و به طوری كه توافق شده بپردازيد.

اقدامات برنامه:

• موافقت نامه بازپرداخت براساس بدهی جاری شما خواهد بود به طوريكه توسط بخشداري محاسبه شده است. هرگونه تغييراتی در بدهی شما ممكن است پرداخت های ماهيانه شما را تغيير دهد.

• اگر موافقت نامه را در ظرف 30 روز بعد از تاريخ اعلاميه امضاء و برگردانيد، مزايای Calfresh كه دريافت می كنيد از تاريخ _____ به ميزان _____ % كاهش پيدا خواهد كرد.

• اگر بازپرداخت نكنيد، بخشداري ممكن است از روش های ديگري برای وصول مبلغ بدهی استفاده كنيد، از قبيل از طريق دادگاه، روش های ديگر سازمان وصول ويا توسط يك اقدام وصول دولت فدرال.

• اگر اين تخلف عمدي از برنامه يك خطاي غير عمدي خانوار باشد، حتی اگر موافقت كنيد كه مبلغ بدهی را بازپرداخت كنيد، مجازات ها اعمال خواهند شد.

• اگر پرداخت بدهی عقب بيافتد ويا از خانوار اقامه دعوی شود، ممكن است مشمول هزینه های رسيدگي ويا هزینه های دادگاهی ديگري شويد.

• اگر مقدار بدهی را بازپرداخت نكنيد، بخشداري ممكن است بازپرداخت ماليات بردرآمد ايالتي شما را ضبط كرده و/يا از دادگاه بخواهد كه حقوق شما ويا هرگونه دارایی كه داريد را مصادره كند.

اخطار: اگر فكر می كنيد كه اين توزيع بيش از مقدار مقرر درست نيست، اين آخرين فرصت درخواست برای يك جلسه رسيدگي است. اگر در برنامه

Calfresh بمانيد، بخشداري می تواند اين توزيع بيش از مقدار مقرر را با كم كردن مزايای Calfresh ماهانه شما وصول كند. اگر قبل از اينكه توزيع بيش از مقدار مقرر بازپرداخت شود از برنامه Calfresh خارج شويد، بخشداري ممكن است آنچه را كه مقروض هستيد از بازپرداخت ماليات بردرآمد شما كسر كند.

حقوق دادرسی شما

چنانچه با اقدامی از اقدامات استان مخالفید، حق درخواست دادرسی برای شما محفوظ است. برای ارائه درخواست دادرسی، تنها 90 روز فرصت دارید. این 90 روز از روزی که استان این اعلان را به شما تحویل داده یا ارسال نمود، آغاز می‌شود. چنانچه در ظرف 90 روز، دلیل مناسبی برای عدم ارائه درخواست دادرسی داشته باشید، می‌توانید درخواست دادرسی ارائه نمایید. چنانچه بتوانید دلیل مناسبی ارائه نمایید، می‌توان زمامی را برای دادرسی تعیین نمود.

چنانچه قبل از اینکه اقدامی برای Cash Aid، Medi-Cal، CalFresh (کوپن غذا)، یا Child Care صورت پذیرد:

- در زمانی که منتظر دادرسی هستید، Cash Aid یا Medi-Cal شما بدون تغییر باقی خواهد ماند.
- خدمات Child Care شما ممکن است مادامیکه منتظر دادرسی هستید، ثابت باقی بماند.
- CalFresh (کوپن غذای) شما، در طول دادرسی یا پایان دوره تاییدیه شما، هر کدام که زودتر اتفاق بیافتد، ثابت خواهد ماند.

چنانچه رای دادرسی به نفع ما بود، شما بابت هرگونه مبلغ اضافی خدمات Cash Aid، CalFresh (کوپن غذا) یا Child Care که در اختیار شماست، به ما بدهکار خواهید شد. برای کاهش یا قطع مستمری‌های‌تان قبل از جلسه دادرسی، لطفاً موارد لازم را علامت بزنید:

بله موارد علامت‌زده شده را کاهش داده یا قطع کنید: Cash Aid CalFresh (کوپن غذا) Child Care

در زمان انتظار برای رای دادرسی:

Welfare to Work (برنامه رفاه از طریق کار):

مجبور نیستید در فعالیت‌ها شرکت کنید.

می‌توانید برای اشتغال و سایر فعالیت‌هایی که قبل از این اعلان موردتایید استان قرار گرفته‌اند، مستمری نگهداری کودک دریافت نمایید.

اگر ما به شما اعلام کردیم سایر مستمری‌های خدمات حمایتی شما قطع خواهد شد، هیچ مبلغ دیگری دریافت نخواهید نمود، حتی اگر فعالیت‌های خود را انجام دهید.

اگر به شما اعلام کردیم سایر مستمری‌های خدمات حمایتی شما را پرداخت خواهیم نمود، مبالغ مذکور برابر با مبلغی که در این اعلان آمده و به شکلی که اینجا اعلام کرده‌ایم، پرداخت خواهد شد.

- به منظور دریافت این خدمات، باید در فعالیتی که استان به شما گفته است، شرکت نمایید.
- اگر در طول زمانی که منتظر رای دادرسی هستید، مبلغی که استان بابت خدمات حمایتی به شما می‌دهد، به اندازه‌ای نیست که به شما امکان شرکت در فعالیت را بدهد، می‌توانید شرکت در فعالیت را متوقف نمایید.

برنامه Cal-Learn:

- چنانچه به شما اعلام نمودیم ما قادر به ارائه خدمات به شما نیستیم، نمی‌توانید در برنامه Cal-Learn شرکت نمایید.
- ما تنها در ازای یک فعالیت تاییدشده، بابت خدمات حمایتی Cal-Learn مستمری پرداخت می‌نماییم.

سایر اطلاعات

اعضای طرح مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal: اقدام قانونی براساس این اعلام ممکن است ارائه خدمات را به شما از طریق طرح سلامت مراقبت مدیریت‌شده متوقف نماید. چنانچه در این مورد سوالی دارید، می‌توانید آنرا با خدمات عضویت طرح بهداشتی مطرح نمایید.

حمایت از کودک و یا حمایت پزشکی: اداره محلی حمایت از کودک به شما کمک می‌کند بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای، حتی اگر کمک نقدی نیز دریافت نمی‌کنید، مستمری حمایتی را وصول نمایید. اگر ایشان هم‌اکنون کار وصول مستمری حمایتی را انجام می‌دهند، این کار را تا زمانی که شما کتباً از ایشان درخواست توقف این کار را ننمایید، ادامه خواهند داد. آنها وجه حمایتی فعلی را که وصول نموده‌اند، برای شما ارسال خواهند کرد، با اینحال مبلغ معوقی وصول‌شده‌ای را که به استان بدهکار هستید، نگه خواهند داشت.

کنترل خانواده: بنا به درخواست شما، اداره رفاه اطلاعاتی را به شما در این مورد ارائه خواهد نمود.

پرونده دادرسی: چنانچه درخواست دادرسی نمایید، بخش دادرسی ایالتی یک پرونده برای شما تشکیل خواهد داد. شما حق مشاهده این پرونده را قبل از دادرسی و دریافت یک نسخه از نظر کتبی استان را در مورد پرونده‌تان حداقل دو روز قبل از دادرسی دارید. ایالت ممکن است پرونده دادرسی شما را به اداره رفاه و وزارت بهداشت و خدمات انسانی و وزارت کشاورزی بدهد. (بخشهای 10850 و 10950 قانون رفاه و موسسات)

جهت درخواست دادرسی:

- این صفحه را تکمیل نمایید.
- برای نگهداری در بایگانی‌تان، یک کپی از پشت و روی این صفحه برای خود داشته باشید.
- چنانچه بخواهید، مددکار اجتماعی شما یک کپی از این صفحه برای شما تهیه خواهد نمود.
- این صفحه را به این آدرس ارسال نموده و یا شخصاً تحویل دهید:

و یا

با تلفن رایگان 1-800-952-5253 تماس بگیرید. افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری که از وسایل ارتباطی مخصوص ناشنوایان استفاده می‌کنند، می‌توانند با این شماره تماس بگیرند: 1-800-952-8349.

جهت دریافت کمک: می‌توانید از طریق تماس با شماره‌های ایالتی رایگان فوق، در مورد حقوق دادرسی خود یا معرفی شدن جهت دریافت مساعدت حقوقی، سوال نمایید. می‌توانید از طریق اداره محلی مساعدت حقوقی و حقوق رفاهی خود، کمک حقوقی رایگان دریافت نمایید.

اگر نمی‌خواهید در جلسه دادرسی تنها باشید، می‌توانید دوست یا شخص دیگری را همراه خود بیاورید.

تقاضای دادرسی

من نسبت به اقدامی از سوی اداره رفاه استان _____ در موارد زیر تقاضای دادرسی دارم:

Cash Aid CalFresh (کوپن غذا) برنامه Medi-Cal سایر (فهرست کنید) _____

دلیل آن:

اگر به جای بیشتری نیاز دارید، در اینجا کلیک کرده و یک صفحه اضافه کنید.

من به کمک ایالت برای فراهم نمودن رایگان یک مترجم شفاهی برای من، احتیاج دارم. (یکی از بستگان یا دوستان‌تان نمی‌تواند در دادرسی برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

زبان یا لهجه من: _____

نام شخصی که مستمری وی سلب شده، تغییر یافته یا پرداخت آن متوقف شده است.

تاریخ تولد	شماره تلفن
آدرس	
شهر	ایالت
کدپستی	
امضا	تاریخ
نام تکمیل‌کننده این فرم	شماره تلفن

من مایلم شخص نامبرده در زیر نمایندگی من را در جلسه دادرسی برعهده بگیرد. من به این شخص اجازه می‌دهم سوابق من را مشاهده نموده و همراه با من به جلسه دادرسی بیاید. (این شخص می‌تواند یک دوست یا یکی از بستگان شما باشد. با اینحال وی نمی‌تواند برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

نام	شماره تلفن
آدرس	
شهر	ایالت
کدپستی	